

FORMULARIO FIM

Obra Social <i>Prevención Salud</i>	Fecha: <i>30/06/2022</i>
Nombre <i>Juan Cruz</i>	Apellido <i>Hidalgo Rodríguez</i>
Tipo de Doc. <i>DNI</i>	Nº de Documento <i>53.076.093</i>
Edad <i>9</i>	Sexo <i>M</i>

Diagnóstico: *Trastornos habilidades escolares*

El presente formulario deberá ser completado por Terapeuta Ocupacional, profesionales médicos, especialistas en rehabilitación y/o neurólogos, en caso de tratarse de patologías motoras, o por un médico especialista en psiquiatría, en caso de patologías mentales.

Tabla de Puntuación de Niveles de Independencia Funcional

A continuación, detallamos la escala que deberá utilizar para evaluar el grado de independencia que tiene el paciente

DEPENDIENTE

Independiente total
Independiente con adaptaciones

PUNTAJE

7
6

DEPENDIENTE

Sólo requiere supervisión. No se toca al paciente.
Sólo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó más.
Requiere asistencia moderada. Paciente aporte 50% ó más.
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% ó más.
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%.

5
4
3
2
1